

Patientenfragebogen

.....
Datum

.....
Name Vorname Geb. Datum

.....
Straße / Hausnummer PLZ / Wohnort

.....
Telefon privat beruflich Handy

.....
E-Mail-Adresse

Versicherung gesetzlich privat Beihilfe Name der Versicherung

Tätigkeit: sitzend schwer tragend einseitige Haltung

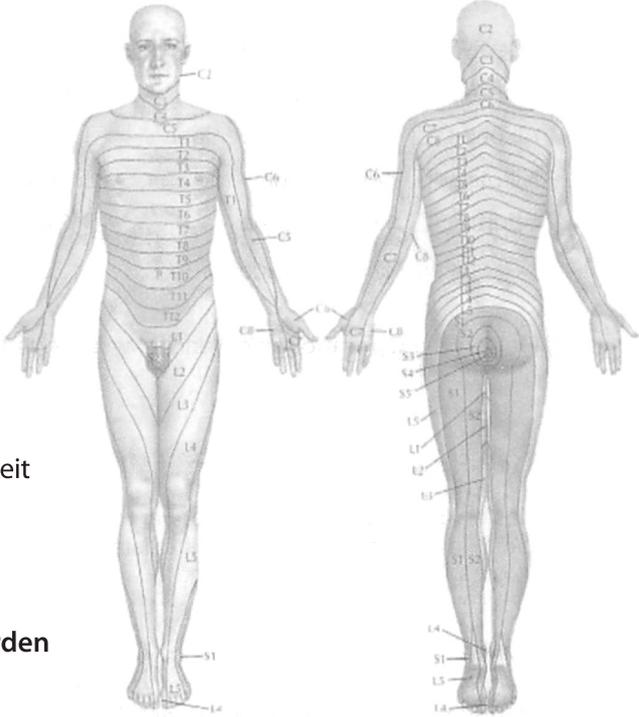
Röntgenbilder vorhanden - von?

**Sehr geehrte(r) Patient(in),
bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nach bestem Wissen.**

1) **Waren Sie schon einmal in chiropraktischer
Behandlung?** Nein
 Ja, wo:

2) **Aus welchem Grund kommen Sie zu uns?**
 Aufgrund von Beschwerden Zur Vorsorge

3) **Wie äußern sich Ihre Beschwerden?
Wie fühlt sich der Schmerz an?**
 Taubheit Kribbeln Brennen
 Stechen Ziehen Pulsieren
 Rötung Schwellung Druckempfindlichkeit
 Sonstiges



4) **Bitte kennzeichnen Sie die Stellen Ihrer Beschwerden
auf der Zeichnung. Ausstrahlende Schmerzen
kennzeichnen Sie bitte durch Pfeile.**

5) **Seit wann bestehen diese Beschwerden? Gab es einen bestimmten Auslöser?**
.....

6) **Wie und wann treten Ihre Schmerzen typischerweise auf?**
 konstant morgens schlimmer besser mit Bewegung
 wiederkehrend / episodisch abends schlimmer schlechter mit Bewegung
Der Schmerz ist besser schlimmer bei / mit:
(z.B. Wärme, Kühle, Heben, Autofahren)

7) **Wie würden Sie die Intensität Ihrer Beschwerden bewerten?** (Kreisen Sie eine Zahl ein!)
akut: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 chronisch: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8) Wie schätzen Sie Ihre Haltung ein? gerade schief

9) Hatten Sie in der Vergangenheit schon einmal Beschwerden mit / entlang der Wirbelsäule oder des Bewegungsapparates? Wenn ja, welche und wann?

.....
.....

10) Tragen Sie Einlegesohlen, bzw. einseitige Hackenerhöhung?

Ja, Einlegesohlen Ja, Hackenerhöhung rechts links Nein

11) Haben Sie Beschwerden / Störungen mit einem oder mehreren der folgenden Zustände?

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Trägheit | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Bewusstlosigkeit | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Schwindelgefühl | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion | <input type="checkbox"/> Fieber |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß | <input type="checkbox"/> Magen / Verdauung | <input type="checkbox"/> Gewichts- abnahme |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus / Ohrengeräusche | | <input type="checkbox"/> Empfindungsstörungen | |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenkstörungen | <input type="checkbox"/> Krebs: | | |
| <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Anderes: | | |

12) Wie schätzen Sie Ihren täglichen Durchschnitt im Konsum folgender Güter ein?

- | | | | |
|---|--------------------------------------|---|------------------------------------|
| Wasser: <input type="checkbox"/> weniger als 1 Liter | <input type="checkbox"/> ca. 1 Liter | <input type="checkbox"/> 1-2 Liter | <input type="checkbox"/> 2-3 Liter |
| Alkohol: <input type="checkbox"/> 1 Glas oder weniger | <input type="checkbox"/> 2 Gläser | <input type="checkbox"/> mehr als 2 Gläser | <input type="checkbox"/> nie |
| Nikotin: <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> täglich | <input type="checkbox"/> mehr als 10 Zigaretten | <input type="checkbox"/> nie |

13) Treiben Sie Sport? Welchen?

Wie oft? 1x pro Woche 2x pro Woche 3x pro Woche nie

14) Hatten Sie Operationen? Wenn ja, welche und wann?

.....
.....

15) Hatten Sie Unfälle? (z.B. Auto, Fahrrad, zu Hause, bei der Arbeit, beim Sport)

Wenn ja, welche und wann? Bitte listen Sie nur die „schlimmsten / wichtigsten“ auf.

.....
.....

16) Nehmen Sie zur Zeit Medikamente, Vitamine und / oder Hormone ein? Wenn ja, welche und wofür?

.....

17) Was erwarten Sie von dem Besuch beim Chiropraktor? Behandlungsziel?

Haben Sie Wünsche / Anliegen?

.....

18) Durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

.....

Unterschrift:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben mit.